

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N° 315

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Etienne LOPPÉ

Né à Embrun (Hautes-Alpes), le 12 octobre 1883

DES MANIFESTATIONS VISCÉRALES

DANS LE

Rhumatisme aigu, sans lésions articulaires

Président : M. THOINOT, professeur

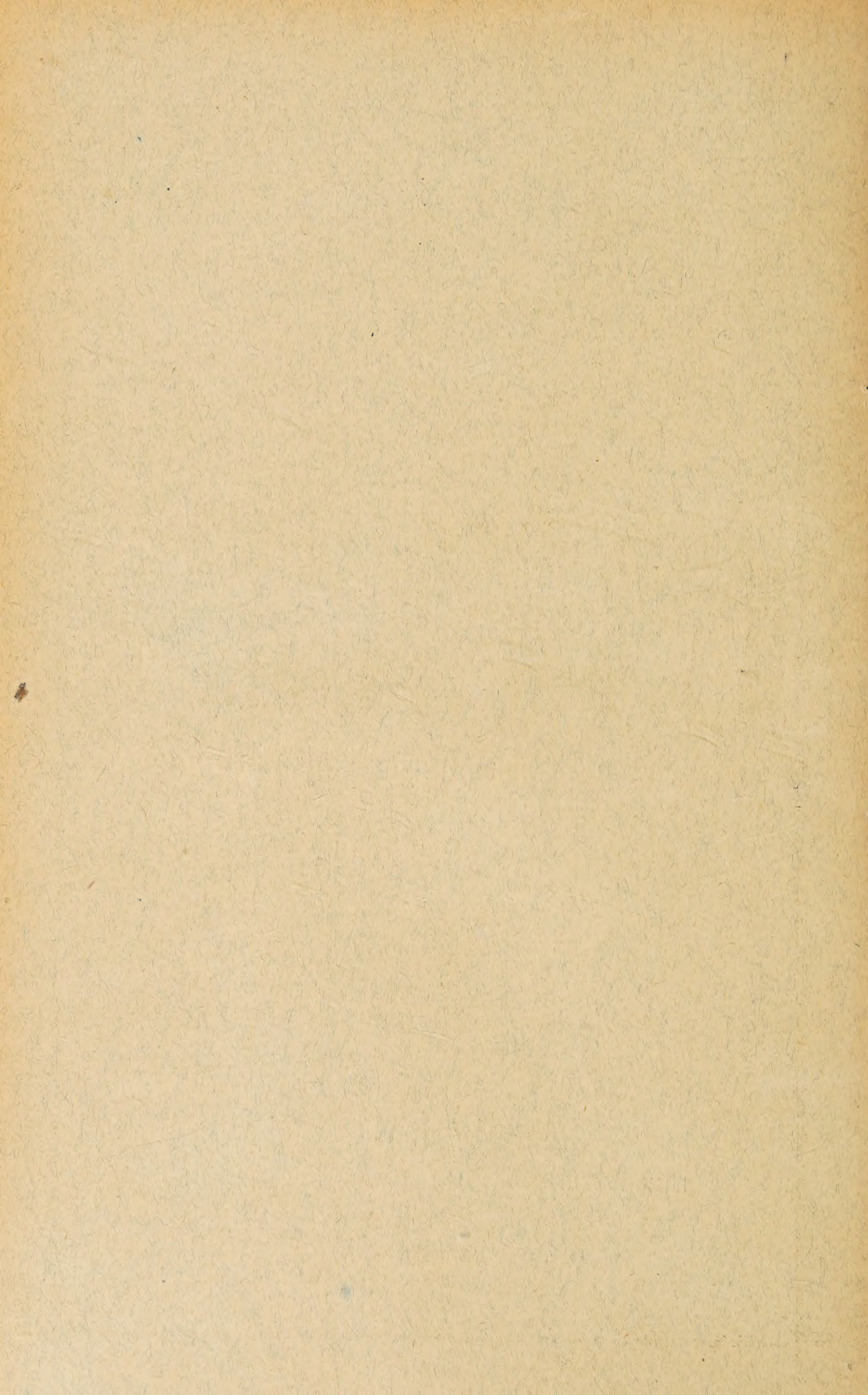
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie} Editeurs

15, Rue Racine, 15

1910



315

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Etienne LOPPÉ

Né à Embrun (Hautes-Alpes), le 12 octobre 1883

DES MANIFESTATIONS VISCÉRALES

DANS LE

Rhumatisme aigu, sans lésions articulaires

Président : M. THOINOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie} Editeurs

15, Rue Racine, 15

1910



Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale.	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLEET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELMÉ	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR THOINOT

Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX

Nous sommes heureux, à la fin de nos études, de pouvoir remercier publiquement nos maîtres dans les hôpitaux et leur adresser l'expression de notre gratitude pour les bonnes et excellentes leçons que nous avons reçues d'eux.

M. le D^r Demoulin nous initia aux difficultés du diagnostic chirurgical et nous apprit les règles de l'asepsie. M. le D^r Chaput nous enseigna la clinique chirurgicale, et auprès de M. le D^r Michon, nous nous perfectionnâmes dans la pratique courante de la chirurgie.

M. le D^r Bezançon nous initia aux difficultés de l'auscultation, M. le D^r Bourey nous enseigna la clinique médicale et M. le D^r Huchard nous perfectionna dans la clinique et la thérapeutique.

Nous avons appris l'art difficile des accouchements avec M. le professeur Pinard, et le D^r Mouchotte. Qu'ils soient remerciés ici pour leurs excellentes leçons.

M. le D^r Wallich, le D^r Hudelo, le D^r J.-L. Faure, le D^r Broca, doivent être également remerciés pour l'excellent enseignement qu'ils nous ont donné.

Monsieur le professeur Thoinot nous fait le grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions d'agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

DES

**Manifestations viscérales dans le
rhumatisme aigu**

SANS LÉSIONS ARTICULAIRES

INTRODUCTION

L'idée de l'exposé que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui nous a été suggérée par notre cher maître le Dr P. Bourcy. Certes, le rhumatisme viscéral est loin d'être une nouveauté, et la liste des travaux que les médecins lui ont consacrée est déjà bien longue. Mais nous désirons appeler l'attention sur un fait intéressant, déjà vu par quelques auteurs, mais un peu laissé dans l'ombre aujourd'hui et qui, cependant, à notre avis, présente un assez gros intérêt pratique. Certains malades présentent des lésions viscérales, d'origine incontestablement rhumatismale, sans copen-

dant offrir à l'observateur des lésions articulaires bien nettes ; on ne sait parfois, surtout si on examine le malade longtemps après la crise initiale, quelle étiologie donner à la maladie.

Ce sont ces lésions viscérales précoces, à retentissement souvent profond et éloigné, sans arthropathies manifestes, que nous désirons étudier dans cette thèse.

Nous donnerons d'abord quelques généralités sur le rhumatisme viscéral, pour parler ensuite de ses manifestations précoces, en donnant quelques observations personnelles.

I. — LE RHUMATISME VISCÉRAL (1)

L'agent pathogène, encore inconnu, du rhumatisme articulaire aigu, ne borne pas ses manifestations aux troubles articulaires ; il peut frapper l'appareil circulatoire, les plèvres et les poumons, le système nerveux cérébro-spinal, les voies digestives et urinaires, la peau et les organes des sens.

Ces manifestations abarticulaires sont englobées sous le vocable rhumatisme viscéral.

Les localisations cardiaques sont de beaucoup les plus fréquentes. Les relations existant entre le rhumatisme articulaire aigu et les maladies du cœur furent soupçonnées par Sénac, Pitcairn, Baillie, Portal au XVIII^e siècle ; par Odier, Dundas, Burns, Wells, Kreysig, Chomel au début du XIX^e. Le fait fut définitivement établi et scientifiquement démontré par Bouillaud en 1836-1840.

1. Cf. Ball. *Du Rhumatisme viscéral*, thèse d'agrégation, 1866. — Besnier, article *Rhumatisme* (*Dictionnaire Dechambre*, 4^e série, IV, 1876). — Auscher. *Rhumatisme articulaire aigu franc* (*Manuel de Médecine Debove-Achard*, VII, 1897). — Vidal. *Rhumatisme articulaire aigu* (*Nouveau Traité de Médecine Gilbert-Thoinot*, t. VIII, 1905).

(*Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu et spécialement sur la loi de coïncidence....* Paris, 1836. — *Traité clinique du Rhumatisme articulaire et de la Loi de coïncidence des Inflammations du Cœur avec cette Maladie.* Paris, 1840.)

Bouillaud énonça alors les deux célèbres lois suivantes, dont la seconde est un peu trop absolue :

1° Dans le rhumatisme articulaire aigu, violent, généralisé, la coïncidence d'une péricardite ou d'une endocardite est la règle, la loi ; la non-coïncidence, l'exception ;

2° Dans le rhumatisme articulaire aigu, léger, partiel, apyrétique, la non-coïncidence est la règle et la coïncidence l'exception.

On a étudié bien d'autres manifestations viscérales, dont on peut donner la liste suivante :

A.— *Localisations cardiaques*

De beaucoup les plus fréquentes. D'après Cettin-ger, on observe :

L'endocardite dans 30 0/0 des cas ;

L'endo-péricardite dans 15 0/0 des cas ;

La péricardite dans 10 0/0 des cas.

Ces chiffres s'entendent pour les adultes.

Ces inflammations donnent à leur suite toutes les lésions valvulaires, notamment des insuffisances.

Chez les enfants, d'après d'Espine et Picot, Cadet de Gassicourt, etc., la manifestation cardiaque se présente dans les quatre cinquièmes des cas de rhumatisme articulaire aigu, et même, d'après Roger, elle serait toujours fatale.

B. — *Localisations vasculaires*

L'aortite rhumatismale ;

La phlébite rhumatismale, signalée par Vaquez (*Cliniques de la Charité*, 1894).

C. — *Localisations pleuro-pulmonaires*

Ce sont les manifestations viscérales les plus fréquentes du rhumatisme articulaire aigu, après les manifestations cardiaques ;

Les manifestations pleurales se rencontrent plus fréquemment que les formes pulmonaires. Elles siègent le plus souvent à gauche.

On a décrit une pleurite sèche, rhumatismale, souvent suivie de symphise pleurale.

Une pleurésie avec épanchement. (C. Jarvis.
Rhumatisme pleural. Thèse de Paris, 1902.)

Les manifestations pulmonaires sont :

Une pneumonie, rare, décrite par Bernheim ;
(*Clinique médicale*, 1877.)

Un œdème généralisé, suffocant, rapidement mortel ;

Une congestion pulmonaire, partielle ;

Une congestion pulmonaire, latente.

D. — *Localisations viscérales diverses*

Néphrite avec albuminurie, hématurie, hémoglobi-
nurie ;

Cystite ;

Orchite ;

Gastralgie ;

Diarrhées ;

Ostéite.

Toutes ces formes sont rares.

Enfin nous citerons, sans nous y arrêter, le rhu-
matisme cérébral, spinal, etc.

II. — MANIFESTATIONS VISCÉRALES PRÉCOCES, SANS ARTHROPATHIE MANIFESTE, DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Les manifestations viscérales que nous venons de passer en revue, peuvent précéder l'attaque articulaire et même avoir une existence propre et tout à fait indépendante de l'inflammation des jointures. De plus, leur gravité est loin d'être en rapport toujours avec la violence de l'attaque articulaire. Bien des auteurs ont remarqué ce fait, mais toujours en passant et sans y insister.

Besnier (*loc. cit.*), nous dit : « ... Il est un grand nombre de rhumatisants qui n'ont que des manifestations abarticulaires ou du moins chez qui les localisations du côté des jointures ne dépassent jamais les formes les plus atténuées... Bien que la préexistence ou la coexistence des arthropathies soient un des meilleurs indices de la nature probablement rhumatismale d'une affection, l'absence

de la localisation articulaire actuelle ou antérieure n'empêche en aucune manière de discerner le caractère arthritique de cette même affection. »

Et, plus loin, Besnier déclare que l'on ignore facilement l'origine de ces manifestations dont l'étiologie est difficile à établir «... Le plus souvent, dit-il, l'affection cardiaque rhumatismale propre, indépendante de toute localisation apparente ou très manifeste évolue avec une grande lenteur ; son début est ignoré... L'enquête est difficile à conduire et les caractères cliniques sont peu tranchés... On trouve dans les asiles de vieillards un certain nombre de sujets qui n'ont guère que des manifestations vagues de rhumatisme et dont le cœur présente cependant les altérations positives du rhumatisme cardiaque... »

Ces quelques extraits du magistral travail de Besnier posent tout le problème et en montrent l'intérêt pratique.

Les lésions cardiaques, de beaucoup les plus fréquentes, sont l'endocardite, l'endo-péricardite et la péricardite, avec leurs caractères propres, bien décrits dans les traités spéciaux (1).

Parfois, le diagnostic des lésions devient diffi-

1. Cf. Huchard. *Traité des Maladies du Cœur et de l'Aorte*, 3^e édition, 1899.

cile ; le rythme est profondément troublé. Il se produit de l'arythmie ; le pouls est petit, régulier, inégal, rapide, parfois incomptable. Les bruits du cœur deviennent soit tumultueux, soit sourds et confus ; la matité cardiaque est augmentée. Il existe une véritable danse ondulatoire des vaisseaux du cou, artériels et veineux. Les palpitations sont plus ou moins accusées, l'angoisse peut exister, plus ou moins douloureuse. Il y a de la cyanose des extrémités et l'œdème pulmonaire ne tarde pas à apparaître. L'interprétation de ces troubles a varié ; on a parlé tour à tour d'arythmie réflexe par irritation des nerfs sensitifs de l'endocarde, de dilatation aiguë du cœur, d'asystolie aiguë, de myocardite, de névralgie du plexus cardiaque, d'angine de poitrine.

Toutes ces lésions se présentent dans les cas de rhumatisme articulaire avec arthropathies très légères ou même inexistantes. Graves, Stokes, Trousseau, Jaccoud, en ont cité des cas. Chez les enfants notamment, les manifestations viscérales précoces du rhumatisme sont fréquentes. Même très léger, même circonscrit à une ou deux articulations qu'il effleure à peine, le rhumatisme des enfants se complique de lésions cardiaques ; on peut voir éclater une endo-péricardite à la suite

de quelques douleurs de jointures, assez légères pour n'avoir pas forcé le malade à prendre le lit.

On a enfin décrit, chez l'enfant, une endocardite et une péricardite rhumatismale, sans déterminations articulaires (1).

Les lésions de la plèvre, précoces, sont également fréquentes. D'après Lasègue, la pleurésie rhumatismale peut également apparaître en tant que manifestation isolée survenant au dehors de toute manifestation viscérale et articulaire (2).

La pleurésie rhumatismale est plus fréquente à gauche qu'à droite. Exceptionnellement sèche, elle s'accompagne dans la plupart des cas d'épanchements rétro-fibrineux.

Elle présente des caractères cliniques assez spéciaux. L'épanchement, en apparence considérable, s'accroît assez rapidement pour disparaître au bout de trois à huit jours ; pendant que le liquide disparaît d'une des plèvres, il est assez fréquent de constater dans l'autre la formation d'un nouvel épanchement qui se comportera comme le premier.

Au début, on observe un point de côté très

1. Widal, *loc. cit.*

2. Lasègue. *Etudes médicales*, 1880.

intense, très étendu, avec sensibilité de la paroi thoracique à la pression.

Les signes physiques sont ceux de tous les épanchements pleuraux.

L'étendue de la matité se modifie très rapidement. Cette pleurésie s'installe le plus souvent insidieusement et peut rester un certain temps latente. Quelquefois, le début est bruyant, le point de côté apparaissant le premier ; quelques heures après l'épanchement est formé.

Cette pleurésie s'accompagne presque toujours de congestion pulmonaire ; cette coïncidence fait comprendre la soudaineté de certains accidents et l'explosion possible de symptômes menaçants, hors de proportion avec l'importance de la pleurésie. Elle modifie les signes physiques et peut faire conclure à l'existence d'épanchements beaucoup plus importants que ceux qui existent réellement.

Cette congestion peut disparaître en quelques heures, et la ligne de matité s'abaisser tout d'un coup jusqu'aux parties déclives de la poitrine.

On a décrit aussi une pneumopathie spéciale, existant en temps que manifestation isolée et sans arthrite (1).

1. Vidal, *loc. cit.*

Ces manifestations viscérales précoces ont une grande prédilection pour les séreuses, qui sont seules touchées dans l'immense majorité des cas. Les lésions du cœur et des plèvres coexistent le plus souvent.

Les manifestations générales sont celles du rhumatisme articulaire aigu, et elles aident le plus souvent à faire le diagnostic.

Les malades sont en général jeunes ; ils présentent une pâleur spéciale de la face, pâleur mate contrastant avec la peau chaude et couverte d'une sueur abondante, répandant une odeur aigrelette caractéristique.

L'attaque est en général précédée d'une période de malaises, semblables à ceux qui précèdent une attaque de grippe : coryza, bronchite légère, courbature et surtout une angine érythémateuse spéciale bien décrite par Lasègue (1). Cette angine est localisée à l'isthme du gosier et à la paroi postérieure du pharynx. Les amygdales se couvrent d'un exsudat opalin, facile à détacher.

Les ganglions maxillaires ne sont ni tuméfiés ni douloureux.

La fièvre ne manque jamais, mais l'état fébrile

1. Lasègue. *Traité des Angines*, 1869.

est variable. D'après Stokes, la fièvre est en général en rapport avec l'intensité des lésions viscérales.

L'invasion fébrile est rarement brusque, mais plutôt progressive, de type discontinu, irrégulièrement rémittent, parfois pseudo-intermittent.

Le plus souvent la défervescence a lieu en lysis.

Dans la majorité des cas, le pouls et la température subissent des variations parallèles. Dans les formes légères, le pouls est peu accéléré, dans les cas de lésions viscérales graves, il est petit, irrégulier et fréquent (90, 100 et même 120 d'après Besnier).

Pendant la convalescence, le pouls est ordinairement lent et polycrote.

Les sueurs sont abondantes, généralement liées à des sudamina et à des éruptions miliaires, de grandes intensités dans les cas graves.

L'insomnie est la règle, mais l'intelligence est conservée.

La langue est saburrale, l'anorexie et la constipation, constantes.

Les urines sont rares, colorées, de densité augmentée, fortement acides. Pendant la conva-

lescence, les urines redeviennent claires et plus abondantes que normalement.

Dans certains cas, elles sont albumineuses, abondantes, pâles et troubles (de Saint-Germain) ; elles peuvent aussi être hémoglobinuriques et hématuriques.

L'urobilinurie est constante et très marquée. Le sang présente des altérations profondes et presque pathognomoniques ; la quantité de fibrine devient double, triple, de ce qu'elle est normalement. Le sang tiré d'une veine se couvre d'une couenne épaisse, très connue des anciens cliniciens.

Le nombre des leucocytes est augmenté, d'autant plus élevé que la crise est plus grave ; d'après Hayem, le chiffre oscilla entre 7.000 et 25.000 par millimètre cube de sang.

Les globules rouges sont au contraire diminués et cette diminution est également en rapport avec l'intensité de la crise : d'après Hayem, on trouve de 2.500.000 à 3.000.000 de globules au lieu de 5.000.000.

La réparation sanguine suit exactement la marche de l'affection.

La crise hématique peut être franche, à poussées successives ou trainante.

Nous avons pu, dans le service du D^r Bourcy à l'hôpital Laënnec, examiner plusieurs cas de ces manifestations viscérales précoces, dont nous allons donner les observations.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

J. M..., charcutier, vingt ans, entre salle Cruveilhier, le 10 janvier 1910.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Rien à signaler. Pas de gonococcie.

Le malade entre à l'hôpital pour des douleurs très légères, au genou gauche, sans rougeur apparentes, qui ont débuté quelques jours auparavant.

En l'interrogeant, on apprend qu'il a eu vers la même époque une légère angine, avec douleur de gorge et difficulté à déglutir.

Ce jeune garçon se plaint d'une pointe de côté siégeant sur la partie gauche du thorax; l'examen décèle une légère matité en ce point, une légère diminution des vibrations vocales et du murmure vésiculaire sans bronchophonie ni égophonie.

L'examen du cœur ne décèle rien d'anormal.

On constate une légère élévation de température, 38°4 le soir.

Le facies du malade est assez fortement coloré.

Le D^r Bourey fait le diagnostic de pleurite rhumatismale et soumet le malade au traitement salicylé.

Pendant cinq jours, la température se maintient au niveau de 38 degrés. Les douleurs cessent complètement.

16 janvier. — Le malade commence à se plaindre d'une douleur à la région précordiale. A l'auscultation, on constate un frottement péricardique, siégeant au niveau du troisième et quatrième espace intercostal gauche.

19 janvier. — Le malade présente, pendant la nuit, une dyspnée violente avec douleurs précordiales intenses et prédominance le long des espaces intercostaux.

On constate, à la visite du matin, que les bruits du cœur, qui depuis deux jours avaient tendance à s'atténuer, étaient nettement assourdis.

La matité cardiaque est notablement augmentée de surface et le choc de la pointe difficilement perçu.

En même temps, à la pleurite sèche, succède un épanchement pleural assez abondant.

Dans les jours suivants, l'épanchement péricardique devient plus abondant et le malade présente même un peu de dysphagie.

On continue le traitement salicylé et le régime lacté absolu, et au bout de quinze jours tout est rentré dans l'ordre.

OBSERVATION II

J. M..., vingt-neuf ans, cuisinière, entre le 31 mars 1910, salle Béhier.

Antécédents héréditaires. — Mère atteinte de rhumatisme déformant

Antécédents personnels. — Rien à signaler jusqu'à l'âge de vingt ans, en 1901. A ce moment, très légère atteinte de rhumatisme, sans aucune complication, guérie en dix jours par la médication salicylée. En 1909, deuxième atteinte, également, avec très légères arthropathies, mais compliquée d'une péricardite; soignée à l'hôpital Necker dans le service de M. le Dr Hirtz. La guérison est obtenue en deux mois.

Traitement. — Médication salicylée, ventouses scarifiées.

L'attaque actuelle est donc la troisième. Elle a été précédée de quelques malaises, et d'une légère angine. Anorexie et constipation.

Légère douleur au genou gauche, ne durant que trois jours, ayant cessé lors de l'entrée à l'hôpital. Mais dès la douleur passée, vive douleur dans la région précordiale et dyspnée violente, faits qui engagent la malade à entrer à l'hôpital.

La température lors de l'entrée est de 38° 4 le soir et de 39° 6 le lendemain soir.

Le pouls est petit et rapide (100 pulsations à la radiale à la minute).

L'auscultation de la poitrine est normale.

On trouve de la matité dans la région précordiale et les bruits du cœur sont assourdis.

La malade est soumise à la médication salicylée.

Les jours suivants, la température s'abaisse et oscille aux environs de 37° 8. Mais la malade ne peut plus supporter la médication salicylée et on lui donne de l'antipyrine.

L'épanchement péricardique n'augmente pas de volume.

A l'heure actuelle, la matité a presque disparu, ainsi que la dyspnée, mais à l'auscultation du cœur, on constate des signes d'insuffisance mitrale légère.

OBSERVATION III

G. S..., mécanicien, vingt et un ans, entre le 26 mars 1910, salle Cruveilhier.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à l'âge de sept ans et demi.

23 mars. — Le malade ressent de très légères douleurs au niveau des articulations tibio-tarsiennes.

Il ressent un malaise général, de l'anorexie et de la constipation ; il a une légère angine.

Les douleurs disparaissent le 25, mais à ce moment le malade ressent une douleur précordiale assez vive, qui le fait entrer à l'hôpital.

Lors de l'entrée, le pouls est à 125. Il y a de la tachycardie.

Le facies est pâle, la peau chaude et le malade a des sueurs abondantes,

La température est à 38°6.

A l'auscultation, les bruits cardiaques sont assourdis, le choc de la pointe est retardé, et l'on trouve une large matité de la région précordiale.

Le malade est soumis au régime lacté intégral et à la médication salicylée.

Révlusion sur la région précordiale.

Les jours suivants, la température se maintient au niveau de 38 degrés, mais les phénomènes cardiaques s'amendent bientôt et à l'heure actuelle tout est à peu près normal.

INTÉRÊT PRATIQUE

Ce court exposé montre le grand intérêt de la question. Plusieurs points sont intéressants à passer en revue.

Tout d'abord ces formes précoces sont presque exclusivement localisées sur les séreuses, plèvres, péricarde, endocarde.

Elles sont graves. Cette affirmation est peut-être une contradiction à la deuxième loi de Bouillaud, mais néanmoins il semble que moins l'articulation est touchée, plus la manifestation viscérale est intense.

Les anciens médecins qui avaient observé le fait, l'expliquaient par la vieille doctrine des métastases, venue à nous depuis Hippocrate. Le rhumatisme, disaient-ils, abandonne les parties qu'il a primitivement envahies et est remplacé par des maladies diverses. Stoll (1), au commen-

1. Stoll, *Médecine pratique*, III, 1809.

cement du siècle dernier, connaissait déjà les manifestations viscérales du rhumatisme, dont il a laissé plusieurs bonnes descriptions. « L'humeur rhumatismale abandonnait les membres et au moment où l'on s'y attendait le moins, elle se portait sur la poitrine où elle occasionnait de la dyspnée et de l'orthopnée avec une toux très violente, de l'oppression et des crachats parfois sanguinolents... Une jeune fille ressentit tout à coup un froid extrême ; le rhumatisme s'étant porté sur les poumons, elle ne pouvait respirer que dans une position droite : une sueur froide se ramassait en gouttes ; on ne sentait pas le pouls au poignet ; le cœur battait d'une manière, intermittente et avec beaucoup de fréquence (1). »

Au point de vue thérapeutique, ces accidents viscéraux semblent améliorés par la médication salicylée et ses succédanées.

Au point de vue clinique enfin, la question a une haute importance. Ces manifestations viscérales entraînent à leur suite et trop fréquemment, malheureusement, des conséquences éloignées, insuffisances ou rétrécissements mitraux, symphyse pleurale, etc. Qu'un médecin examine un

1. Stoll, *loc. cit.*

de ces malades longtemps après la crise initiale, cause de tout le mal, cette dernière a souvent passé inaperçue aux yeux du malade. Naturellement il n'en soufflera mot.

Le médecin, mal renseigné, sera exposé à s'égarer. Son diagnostic et son traitement pourront se ressentir de son erreur.

Mais, averti de ce fait, et mis sur ses gardes, il pourra mieux interroger son malade, finir par découvrir presque incidemment quelques détails qui le mettront sur la voie et le mèneront en peu de temps au bon diagnostic.

CONCLUSIONS

Il existe des formes de rhumatisme articulaire aigu dans lesquelles les arthropathies sont très atténuées, peuvent passer inaperçues et même exceptionnellement manquer complètement.

C'est dans ces cas que l'on rencontre, assez fréquemment, des manifestations viscérales, précoces, multiples et violentes, à répercussion prolongée, intéressant de préférence les séreuses (endocarde, péricarde, plèvres).

Ces manifestations touchant les séreuses viscérales semblent d'autant plus fortes que les séreuses articulaires sont moins touchées.

La connaissance de ces faits cliniques présente un intérêt pratique important. Quand on examine longtemps après leur début, un malade porteur de lésions du cœur, de la plèvre ou des poumons, on pourrait ne pas reconnaître leur origine rhumatismale, si la crise initiale avait présenté les

caractères cités plus haut, ayant été presque insoupçonnée par le malade lui-même.

Averti de l'existence de ces lésions, le médecin pourra ainsi plus facilement fixer son diagnostic.

Vu : le Président de la thèse

L. THOINOT

Vu : le Doyen

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Pour le Vice-Recteur

l'Inspecteur de l'Académie

ISTRIA

